Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 13 września 1884. № 37. Rok XXIII.

I. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

VIII.

Przypadek usiłowanego morderstwa i samobójstwo przez przecięcie powłok brzusznych.

Podał Dr. Ignacy Schaitter.
Demonstrator przy tymże Zakładzie i lekarz sądowy.

Dnia 19go czerwca b. r. rano zostałem wezwany do p. W. W., emerytowanego urzędnika, zamieszkałego na jednem z przedmieść Krakowa, który przed godziną 5tą brzytwą skaleczył w brzuch śpiącego syna, następnie na krzyk jego udał się do swojego pokoju i sam sobie brzytwą rozciął powłoki brzuszne. Starzec ten blisko 80-letni leżał na łóżku swém nieprzytomny wśród objawów ostréj niedokrewności. Z rany brzusznéj występowały pętle jelit mocno nastrzykane, na których od czasu do czasu można było spostrzedz ślady ruchów robaczkowych; pościel i bielizna cała obficie krwią zbroczona, jak niemniéj podłoga około łóżka. Tętna wyczuć już nie było można, ruchów serca zaledwie ślad dawał się wyśledzić, oddychanie nader zwolnione, powierzchowne, ustawało co chwila tak, że o niesieniu skutecznéj pomocy lekarskiéj trudno już było myśleć a ranny żyć przestał wśród postępującego zapadu po drodze do szpitala, dokąd go na noszach odnieść polecono. Syn, młodzieniec 16-letni, doznał jedynie powierzchownego przecięcia powłok brzusznych, a po założeniu czterech szwów krwawych na ranę w miejscach najszerszych, opuścił szpital po kilku dniach pobytu.

Oprócz niezwykłości przypadku pobudzały jeszcze pewne różnice zachodzące pomiędzy ranami ojca i syna do dokładnego zbadania tego zajścia tak pod względem etyjologicznym jakoteż anatomicznym. Wyjaśnień żądanych udzielił chętnie syn, młodzieniec inteligentny i sąsiedzi nieboszczyka, a z ich opowiadań można było nabrać przekonania, że stan umysłowy ojca nie był prawidłowym już na czas dłuższy przed katastrofą. W. W. dawniéj urzędnik, od kilku lat emeryt, zajęty był w biórze prywatném w T., gdy jednak wzrok jego znacznie osłabł a lekarz pytany o radę miał oświadczyć, że powstaje katarakta, z któréj małe jest prawdopodobieństwo wyleczenia, gdyż zaledwie pięciu (?!) operowanych na stu wzrok odzyskuje, postradał W. miejsce w biurze, w którém go w ostatnich czasach syn zastępował, a będąc ograniczonym do szczupłéj emerytury musiał odmawiać sobie i rodzinie pewnych wygód, do których zdawna był nawykł. Od czasu przeniesienia się do Krakowa stawał się coraz bardziéj ponurym, małomównym, a gdy wśród rozmów z żoną i synami o nikim ze znajomych nie wyraził się korzystnie, o każdym wspominał z pewną zgryźliwością i nienawiścią, jakkolwiek zazwyczaj brakło dostatecznéj podstawy, na przedstawienia ze strony rodziny, że rzecz się tak nie ma, jak on sobie wyobraża, wybuchał gniewem, stawała się dłuższa rozmowa z nim niemożliwą. Jedynem zajęciem w chwilach tych bywała gra na skrzypcach, ulubionym swoim instrumencie, jednak i téj musiał wreszcie zaniechać, gdy wzrok jego znacznie podupadł. Pomimo tego jednak można było spostrzedz, że gdy syn grał na skrzypcach po ukończeniu zajęć codziennych, ojciec stawał się więcéj ożywionym i chętniéj brał udział w rozmowie. Taki stan rzeczy trwał dwa lata. W kwietniu br. zapadła jego żona na zapalenie płuc i zmarła w szpitalu po kilku dniach. Stan W. pogorszył się od tego czasu bardzo znacznie. Nie miał około siebie nikogo, ktoby go wobec kalectwa wsparł w załatwianiu najprostszych zajęć. Synowie obaj zajęci prawie cały dzień, starszy w handlu, młodszy w pracowni mechanika, widywali się z ojcem zaledwie wieczorem, a sługi wynajmowane odchodziły wkrótce znudzone gderaniem starca i bezwzględném jego postępowaniem. Zniechęcony do całego świata, w wyższym stopniu niechęć obja-

wiał do lekarzy, a pomimo rad osób znajomych nie udawał się do Zakładu klinicznego tutejszego, aby się poddać operacyi katarakty. W końcu widząc bezskuteczność usiłowań swoich, przestali synowie i sąsiedzi nakłaniać go do szukania pomocy lekarskiéj, mając również wstręt do nawalnicy namiętnych groźb i przekleństw na lekarzy, zwłaszcza od czasu śmierci żony. Starzec ufał tylko swojéj metodzie leczenia, która mu sprawiała ulgę w dawném cierpieniu, guzach krwawnicowych; lekiem tym wypróbowanym były pigułki Morisona, — te zażywał systematycznie do ostatnich czasów. Niejednokrotnie można było wśród ożywionéj rozmowy przekonać się o zwątpieniu, które ogarniało jego umysł.

W ciągu ostatnich kilku tygodni starzec stał się tak dokuczliwym i zgryźliwym, że zupełnie obojętne postępki synów, których widywał wieczorem, wprawiały go w złe usposobienie i gderania swoje przeciągał zazwyczaj w noc późną. Ten stan rzeczy doprowadził do tego, że synowie nie mając innéj rady unikali rozmów z ojcem, aby go mimo woli nie rozdrażniać, gdyż powodem do gniewu bywała zazwyczaj błaha okoliczność. W przeddzień katastrofy czuł się W. bardzo osłabiony, w rozmowie z sąsiadem objawił chęć widzenia się z córką zamieszkałą w Królestwie i mówił, że ma jutro przyjechać, „ale kto wie, czy mnie jeszcze zastanie“. Nikt nie przypisywał słowom tym znaczenia donioślejszego, każdy słysząc to musiał takie wypowiedzenie położyć na karb depresyi umysłu, która objawiała się już dawniéj, zresztą słowa te były w sprzeczności ze stanem ogólnym starca, który przechadzał się koło domu. Wieczorem nie zauważyli synowie nic takiego, coby w zachowaniu się i rozmowach ojca różniło się od czynności i mów jego codziennych tak, że bez obaw o stan ojca spać się pokładli. Wcześnie rano zbudził się syn starszy, ojciec nie spał już, lecz chodził po pokoju. Z krótkiéj drzymki ponownéj syn zbudzony został nagłém wstrząśnięciem, które pochodziło od cięcia brzytwą, zadanego mu przez ojca. Ujrzawszy go z brzytwą skrwawioną, oddalającego się od łóżka i zbliżającego się do łóżka młodszego brata, zaczął głośno wołać na brata śpiącego, aby uciekał. Gdy młodszy zerwał się z posłania i zbliżył ku drzwiom, zwrócił się ojciec ku swojemu pokojowi, wszedł tamże i zamknął drzwi za sobą. Przemocą dostano się do pokoju, gdzie siedział starzec na krawędzi łóżka, i brzytwą przerzynał całą grubość powłok brzusznych, części przecięte ujmował ręką lewą i rozsuwał a prawą trzymając brzytwę prostopadle rozcinał już po stronie prawéj. Zanim przerażeni zdołali przyskoczyć do samobójcy, ten odłożył brzytwę na bok i obiema rękami zaczął wydobywać tłoczące się trzewa brzuszne.

Tak opisują naoczni świadkowie przebieg zdarzenia. Policyjno-sanitarna sekcyja zwłok starca zmarłego dnia tegoż, wykonana w prosektoryjum Zakładu medycyny sądowéj, wykazała co następuje:

1) Zwłoki mężczyzny lat około 80 liczyć mogącego dobrze zbudowanego i miernie odżywionego. — 2) Stężenie trupie utrzymane w miernym stopniu w odnogach dolnych, odnogi górne wolne. Plamy trupie na grzbiecie nieliczne, przez nacięcie jako takie stwierdzone, są barwy zwykłéj. — 3) Na odnogach dolnych widać obrzęk miernego stopnia najwyraźniejszy około kostek. — 4) Ręce i nogi zwłok są zbroczone krwią przyschniętą, która znajduje się zwłaszcza na palcach rąk w większéj ilości, jak niemniéj na wzgórku łonowym.—5) Powłoki brzuszne są pokryte pętlami jelit, które występują z jamy brzusznéj przez ranę w powłokach, przebiegającą poziomo na $1/2$ cm. poniżéj pępka. Długość rany 20 cm.„ brzegi ostre, w licznych miejscach podbiegnięte krwią skrzepłą.—6) Powyżéj téj rany, w wysokości samego pępka jest druga rana cięta nie przenikająca powłok na wskroś, przecinająca skórę i tkankę podskórną, długości 15 cm., do pierwszéj zupełnie równoległa. Brzegi jéj ostre różnią się jednak od siebie mianowicie w ten sposób, że brzeg górny jest klinowaty tak, że ostrze klina odpowiada dolnéj części rany, brzeg dolny również klinowaty a ostrze klina odpowiada powierzchni przyskórkowéj płatu. Po zesunięciu obu brzegów zachodzi brzeg dolny skóry na górny na 2 do 3 mm. Rana ta zaczyna i kończy się ostro, tj. nie przedstawia wypustki ogonkowatéj ani na prawo ani na lewo, prawy jéj koniec wznosi się jednak nieco ku górze i okrąża w części od góry i strony lewéj twardy pierścień pępkowy. Naśladując cięcie to grzbietem noża tępym i prowadząc nóż ten w saméj ranie od strony lewéj ku prawéj, widzi się, że za zbliżeniem się do pępka skóra w tém miejscu ugina się w fałd, pod który chowa się pępek a grzbiet noża trzymanego zupełnie w przedłużeniu rany wchodzi w koniec téjże zbaczający ku górze. Następnie uwalnia się fałd skóry z pod grzbietu noża, który wskakuje w rankę trzecią, mniejszą, leżącą na prawo od opisanéj, w jéj przedłużeniu. Ranka ta długości 7 cm. jest całkiem powierzchowna, przenika samą skórę, tak jak poprzednio opisana w kierunku nieco skośnym; ku stronie prawéj staje się ona coraz płytszą, wreszcie gubi się ogonkowato w prawém podżebrzu.

Brzegi wszystkich trzech ran są ostre, nieco wywinięte i podbiegnięte krwią w kilku miejscach.

Zresztą nigdzie na ciele nic widać śladu obrażenia.

B) Oględziny wewnętrzne. 7) Powłoki czaszkowe miękkie prawidłowe. Czaszka gruba symetryczna, opona twarda przylega silnie do kości, jest gruba lecz wszędzie gładka i połyskująca. Opony miękkie na szczycie półkul znacznie zgrubiałe i mleczno zabarwione.—8) Zwoje mózgowe nader wybitne a rowki między nimi głębokie wypełnione cieczą przeźroczystą surowiczą. Mózg na rozkroju niedokrewny i blady, istota korowa wszędzie jednostajnie zwężona. Naczynia na podstawie znacznie zgrubiałe i porozszerzane a zwłaszcza tętnica podstawowa.—9) Komórki mózgowe porozszerzane i wypełnione cieczą surowiczą.—10) Płuca oba lekko przyczepione, opłucne blade, wybroczyn nie widać pod niemi. Miąższ płuc suchy, niedokrowny, zawiera wszędzie powietrze.—11) Serce na całéj przestrzeni zrośnięte z osierdziem, komórki obie próżne, w przedsionkach i grubszych pniach naczyniowych znajdują się wiotkie, czerwono skrzepy. Zastawki prawidłowe, mięsień sercowy wejrzenia brunatnego. Tętnica główna przedstawia zaledwie gdzieniegdzie początki miażdżycy. Tętnice wieńcowe bez zmian. — 12) Otrzewna jelitowa ani kreska i sieć nie jest nigdzie uszkodzona, w jamie otrzewnowéj znajduje się około 200 grm. skrzepów wiotkich i nieco krwawéj surowicy zwłaszcza w miednicy małéj.—13) Żołądek skurczony, błona śluzowa pokryta warstwą gęstego śluzu przylegającego dość silnie, treści pokarmowéj nie ma w żołądku. Po usunięciu śluzu przedstawia się błona śluzowa zgrubiała, wybroczyn pod nią nie widać. — 14) Wątroba niedokrewna, miąższ nie przedstawia zmian oprócz zaniku rozpościerającego się na oba płaty, śledziona mała twarda, torebka gruba.— 15) Nerki małe, torebki schodzą z trudnością pozostawiając powierzchnię ziarnistą i gdzieniegdzie małe torbiele. Istota korowa

jednostajnie zwężona i pozaciągana. — 16) Moczowody i pęcherz moczowy bez zmian.—17) Jelita miernie gazami wzdęte zawierają kał rzadki, błona śluzowa nie przedstawia nic uwagi godnego.

Orzeczenie opiewało jak następuje:

Sekcyja wykazała: 1) Zmiany zanikowe starcze w mózgu, sercu, wątrobie i śledzionie.—2) Zmiany śródmiąższowe w istocie korowéj nerek, które wraz z objawami upośledzonego krążenia w układzie żylnym (opuchlina odnóg dolnych) uzupełniają obraz przewłocznéj choroby Brighta. — 3) Znaczna niedokrewność wszystkich narządów, któréj powodem był krwotok częścią zewnętrzny częścią wewnętrzny z ran ciętych powłok brzusznych, wywołanych narzędziem ostrém Postać i przebieg tych ran przemawiają za tém, że one wywołane zostały własną ręką denata a opis świadków zasługuje zupłnie na wiarę. Przyczyną śmierci jest ostra niedokrewność.

Rana na powłokach brzusznych syna, składająca się właściwie z dwóch ran poziomych, z których jedna była oddzielona od drugiéj wąskim paskiem skóry nie uszkodzonéj, była bardzo podobną do pierwszéj rany ojca i przebiegała tak jak tamta w wysokości pępka; długość i głębokość ich były prawie zupełnie takie same. Skoro je jednak dokładnie porównano, uderzyły dwie różnice, nad któremi zastanowić nam się należy. Jak opisano w protokole sekcyjnym (l. 6) zachodziły brzegi rany téj nieco na siebie a mianowicie brzeg dolny zachodził na górny. Okoliczność ta dowodziła pochyłego ustawienia ostrza brzytwy do powierzchni ciała. W ranie syna były brzegi obydwa zupełnie prostopadłe i schodziły się w płaszczyźnie prostopadłéj do ciała. Powtóre, obydwie rany syna razem wzięte były więcéj zbliżone do linii prostéj a mianowicie w ranie po stronie lewéj nie było owego wzniesienia się i okolenia niejako pierścienia pępkowego, jakie opisaliśmy w protokole sekcyjnym; lewa rana syna kończyla się całkiem ostro tuż przy pępku, druga część téj rany zaczynała się tuż nad pępkiem, również ostro, a przebiegając nieco łukowato ginęła w podżebrzu prawém, stając się przytém coraz płytszą i coraz mniéj wyraźną.

Pierwsza z różnic właśnie opisanych jest bez wątpienia przypadkową, przyczyną jéj była okoliczność, że starzec zadając sobie cięcie trzymał brzytwę nieco pochyło, nie ma ona przeto znaczenia donioślejszego. Ważniejszą jest druga różnica, a to z tego względu, że przebieg ran prawie w téj saméj okolicy ciała, różniący się tak znacznie, zmusza do szukania przyczyny w różném napięciu powłok brzusznych co jest w bezpośrednim związku z pozycyją, w jakiéj obydwie rany powstały. Nie potrzeba długiego wywodu na to, aby udowodnić, że konfiguracyja rany ojca była możliwą tylko w tym razie, jeżeli tenże siedział i w ogóle miał powłoki brzuszne zwiotczałe. Zwiotczenia tego dowodzi ów fakt opisany w protokole sekcyjnym a tworzący się wśród naśladowania cięcia za pomocą grzbietu noża. Przy sekcyi były powłoki brzuszne zwiotczałe w skutek istnienia rany drugiéj przenikającéj na wskróś, gdy równocześnie pewném jest, że rana druga wywołaną została później aniżeli pierwsza, t. j. powierzchowna, a okoliczność tę stwierdzili świadkowie naoczni, musi każdy przyznać, że w tych warunkach jedynie pozycyja siedząca starca tłumaczy niezwykły kształt rany.

To nagłe wzniesienie się rany ciętéj, tak, że jedna jéj część przebiega pod kątem do drugiéj jest zwykłém zjawiskiem i opisywaném niejednokrotnie w tych okolicach ciała, gdzie skóra przyczepiona za pomocą wiotkiéj tkanki łącznéj łatwo w fałd ująć się daje. Najczęściéj napotyka się to zjawisko na ranach ciętych szyi; rany cięte brzucha a zwłaszcza zadane ręką samobójcy należą do rzadkości, to też w literaturze nie można znaleźć przypadku podobnego do naszego. Twierdzenie wypowiedziane na sam widok rany starca, że ona powstała w pozycyi siedzącéj, potwierdza całkowicie opowiadanie świadków, którzy starca w téj pozycyi na krawędzi łóżka zastali

---

Wywiady dokładne, o ile to było możliwém, nie zdołały przekonać, że u starca istniało zboczenie umysłowe. Zachowanie się jego przed katastrofą uchodziło po największéj części uwagi synów, którzy od kilku miesięcy zaledwie wieczorem mogli ojca widywać; sąsiedzi i znajomi znajdowali dostateczne usprawiedliwienie jego ponurego usposobienia i wstrętu do obcowania z ludźmi w warunkach, wśród których pędził starzec ostatnie miesiące życia, tak, że na pytania dotyczące jego stanu umysłowego nie można było otrzymać odpowiedzi, któreby sprawę w odpowiedniém świetle przedstawić mogły. Pomimo tego jednak jest niewątpliwém, że czyn ten, względnie czyny, były następstwem zboczenia umysłowego. Zmiany mózgu opisane w protokóle sekcyjnym uprawniają do przypuszczenia, że wobec tak wybitnego zaniku starczego tego narządu trudno przypuścić, aby stan umysłowy tego człowieka był za życia prawidłowy. Nie poprzestajemy jednak w téj mierze na samych domysłach i przypuszczeniach; możemy bowiem w samym czynie dopatrzyć się cech zboczenia umysłowego. Pobudki czynu brak zupełny w naszym przypadku, stosunek synów, a w szczególności syna ranionego do ojca miał być wzorowym, jak twierdzą sąsiedzi, sam zaś czyn nosi na sobie cechy gwałtownych czynów melancholików, którzy dopuściwszy się zbrodni zgłaszają się sami do władzy, chcąc ponieść zasłużoną karę. W naszym przypadku zamiast szukania sprawiedliwości następuje wykonanie wyroku własną ręką. Wszystko tedy przemawia za tém, że był to przypadek obłędu starczego z przebiegiem podobnym do zadumy.

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do nauki o wyłuszczeniu wola.

Podług wykładu mianego na Zjeździe poznańskim.

Skreślił Dr. H. Schramm,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

5. N. Prosówna, lat 19 licząca, dziewczyna wiejska. Od 2 lat zauważyła zgrubienie szyi, a od kilku miesięcy wystąpiły napady duszności zwłaszcza przy nieco cięższéj pracy. W dniu przyjęcia spostrzeżono u zupełnie zdrowéj i dobrze zbudowanéj dziewczyny wól wielkości 2 pięści, zajmujący jednostajnie cały gruczoł, głos chrypliwy.

Dnia 4 lipca wyłuszczył prof. Mikulicz cały gruczoł tarczykowy zwykłym sposobem. Cięcie po stronie prawéj wzdłuż m. mostko-sutkowego. Obie połowy gruczołu wyjęto osobno, nerwy krtaniowe, podobnie jak w poprzednich przypadkach otoczone naczyniami tętniczemi, odsłonięto i usunięto na bok.

Rana zgoiła się zupełnie *per primam* pod 3ma opatrunkami.

Na drugi dzień po operacyi wystąpiły wyraźne objawy tetanii w postaci charakterystycznych skurczów w odnogach górnych. Już przy lekkiém uderzaniu w okolicy nerwu twarzowego występowały silne drgawki w odpowiedniéj połowie twarzy. Chora skarżyła się na ból głowy i lekką duszność. Po podaniu 4 gramów chloralu w dwóch dawkach ustąpiły kurcze w rękach na drugi dzień bez śladu, i nie można już było wywołać ich ani przez ucisk na pnie nerwowe lub tętnicze, ani prądem elektrycznym lub innemi środkami drażniącemi, tylko objaw twarzowy (*phänomen faciale*) utrzymywał się lubo w niższym stopniu jeszcze przez 5 dni. Chora opuściła klinikę w 14 dni po operacyi z raną zupełnie zgojoną, glos jéj był jeszcze dość mocno ochrypły. O dalszym jéj losie nie mogłem się nic dowiedzieć.

6. Zofija Prosówna, lat 16 licząca, siostra poprzedniéj choréj, przybyła do szpitala św. Łazarza dnia 19 czerwca 1883 r. z powodu guza na szyi, który zaczął rosnąć przed 3ma laty, doszedł obecnie wielkości dużego jabłka, przedstawiając przy badaniu wszelkie cechy wola miąższowego. Chora skarżyła się na znaczną duszność zwłaszcza przy silniejszych ruchach, głos jéj czysty.

Dnia 30 czerwca wyjął prof. Mikulicz cały gruczoł, cięcie skórne wzdłuż brzegu mięśnia sutko-mostkowego prawego. Krwotok względnie mały. Nerw krtaniowy otoczony i tutaj gałązkami tętnicy tarczykowéj dolnéj odosobniono dokładnie. Po operacyi trwającéj wraz z narkozą godzinę głos choréj był zupełnie czysty.

Przebieg prawidłowy. Rana zgoiła się pod dwoma opatrunkami *per primam*, chora opuściła szpital d. 10 lipca. Głos jéj był tak czysty i donośny jak przed operacyją.

7. Michał Suchoń, lat 26 liczący, wieśniak, opowiada, że przed kilku laty utworzył mu się prawie w samym środku szyi guz, który długo pozostawał niezmienny i dopiero przed kilku miesiącami zaczął się szybko powiększać i stał się przyczyną duszności przeszkadzającéj choremu śród cięższéj pracy. Badanie wykazuje w samym środku szyi guz wielkości kurzego jaja, wychodzący od części środkowéj gruczołu tarczykowego i z nim ściśle połączony. Guz elastyczny, przy dokładniejszém badaniu wykazać można chełbotanie. Nadto po lewéj stronie szyi znajduje się wrzód nerkowaty, głęboki na 4cm., powstały po zropiałym gruczole limfatycznym. Przetokę tę przecięto i wyskrobano ostrą łyżeczką a po zgojeniu się téj rany przystąpił prof. Mikulicz d. 3 lipca do wyłuszczenia wola cięciem podłużném w środku szyi. Wyłuszczenie torbiela łatwe, krwotok mały, nerw krtaniowy nie odsłonięty. Przebieg zupełnie pomyślny, chory opuścił szpital w dziesięć dni po operacyi z raną *per primam* zgojoną. Głos czysty.

8. Katarzyna Raczenkowa, lat 40 licząca, wieśniaczka, przybyła do kliniki 17 października 1883 r. z powodu guza po prawéj stronie szyi. Guz ten według opowiadania choréj zaczął wzrastać, a od kilku miesięcy sprawia choréj dolegliwości z powodu duszności i chrypki. Badanie wykazuje wól wielkości pięści, wychodzący od prawéj połowy gruczołu. Więzadło głosowe prawe nieco mniéj ruchome niż lewe.

Dnia 19 października 1883 wykonał prof. Mikulicz wyjęcie prawéj połowy gruczołu zwykłym sposobem. Cięcie skórne wzdłuż brzegu wewnętrznego mięśnia mostko sutkowego, krwotok nie wielki, nerw krtaniowy dokładnie od otaczających go naczyń odosobniono i usunięto na bok, tak, że nie został uszkodzony. Po założeniu sączków i zespojeniu rany założono zwykły opatrunek przeciwgnilny.

Przebieg zupełnie pomyślny, bezgorączkowy, rana zgoiła się w całości *per primam*. Głos choréj po operacyi był słaby i chrypliwy i pozostał takim aż do dnia opuszczenia kliniki w 2 tygodnie po operacyi. Badanie wziernikiem wykazało zupełną nieruchomość więzadła głosowego prawego.

W 3 miesiące późniéj zgłosiła się chora powtórnie do kliniki. Blizna na szyi ledwie widoczna, pozostała połowa gruczołu nie powiększona, trudności w oddechaniu żadnéj. Głos bez dźwięku, słaby, cokolwiek dłuższe mówienie dla choréj bardzo uciążliwe. Badanie wziernikiem wykazuje zupełne porażenie więzadła prawego. Zastosowano miejscowo prąd elektryczny i po 3ch tygodniach głos choréj poprawił się znakomicie, stał się wyraźnym i donośnym. Korzystna ta zmiana nastąpiła, jak się o tém można było przekonać przy badaniu wziernikiem, jedynie przez rozleglejsze ruchy więzadła lewego, prawe pozostało nieruchomém.

9. Mikołaj Stefański, lat 20 liczący, wieśniak, pochodzący z zdrowéj rodziny, zamieszkujący okolice Krakowa, w których wól należy do chorób dosyć często napotykanych; podaje, że przed 3ma laty zauważył zgrubienie szyi, które się zwolna zwiększało, a przed 3ma miesiącami wystąpiła lekka chrypka i utrudnione oddechanie zwłaszcza przy silniejszych ruchach i cięższéj pracy.

W dniu przyjęcia do kliniki znaleziono stan następujący: Odżywienie dobre, narządy wewnętrzne zupełnie prawidłowe. Szyja zgrubiała, obwód jéj wynosi 39cm. Zgrubienie to wywołane jest przez powiększenie gruczołu tarczykowego, w którym wyczuć można 3 guzy wielkości jaja kurzego, dość ściśle ograniczone, ułożone w obu płatach i części środkowéj gruczołu; obok nich wymacać można kilka mniejszych guzków dochodzących wielkości orzecha laskowego. Głos nieco chrypliwy, przy głębokim wdechu słychać szmer wskazujący zwężenie tchawicy, szmer ten staje się bardzo wyraźny, gdy chory przegnie głowę mocno ku przodowi, przyczém chory doznaje znacznéj duszności. Badanie wziernikiem wykazało w krtani stosunki prawidłowe.

Rozpoznanie zatém opiewało: *Adenoma foetale* (według Woelflera) *glandulae thyreoideae subsqu. compressione tracheae.*

W celu leczniczym wstrzykiwano do gruczołu co 2 dni po 0·5 nastoju jodowego, gdy jednak po 10 wstrzyknięciach obwód gruczołu zupełnie się nie zmienił i duszność utrzymywała się w tym samym stopniu, przystąpił prof. Mikulicz do wyłuszczenia całego gruczołu, sposobem zwykle przez siebie używanym, tj. za pomocą jednego cięcia wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia mostko sutkowego prawego (gdyż prawa połowa gruczołu była znaczniéj powiększoną).

Wyłuszczenie prawéj połowy przedstawiało dość znaczne trudności z powodu, że róg górny gruczoła zachodził głęboko między tchawicę a połyk. Po odsłonięciu go i podwiązaniu tętnicy tarczykowéj górnéj odsłonięto ostrożnie nerw krtaniowy dolny, a po podwiązaniu 2 gałązek tętnicy tarczykowéj dolnéj, między któremi nerw się przewijał, podwiązano pień tętnicy, poczém dopiero usunąwszy nerw na bok, odłuszczono gruczoł tarczykowy od przedniéj ściany tchawicy.

W podobny sposób wyłuszczono i lewą połowę gruczołu, przyczém nerw krtaniowy, przedstawiający względem tętnicy tarczykowéj dolnéj te same stosunki topograficzne, został dokładnie oddzielony i nieuszkodzony. Tchawica była bardzo mocno z boku na bok ściśnięta, tak że światło już mogło mieć najwięcéj 3 mm. szerokości.

Ranę wymyto 3% kwasem karbolowym, założono 4

sączki i brzegi jéj zespojono 4 szwami płytkowemi i kilkunastu węzełkowemi, poczém założono opatrunek z gazy jodoformowéj i używanych obecnie w naszéj klinice worków z trocinami napojonemi olejkiem jałowcowym (*ol. cadini*) (20% co do ciężaru). Chory po operacyi nie bardzo osłabiony, głos nieco chrypliwy, lecz zupełnie wyraźny.

Przez następne dwa dni stan zupełnie pomyślny, ciepłota 37—37·5., tętno 80—94. Dnia 10 stycznia, zatém na trzeci dzień po operacyi wystąpiły wybitne objawy tetanii, w postaci charakterystycznego skurczu w odnogach górnych, bólów ciągnących w odnogach dolnych; przy lekkiém uderzeniu w okolicy nerwu twarzowego bardzo wyraźny skurcz wszystkich mięśni twarzowych odpowiedniéj strony (*Phänomen faciale Trousseau*). Stan ten utrzymywał się bez zmiany przez 5 godzin, poczém kurcz i bóle w odnogach ustąpiły, stan bezgorączkowy, chory zresztą swobodny, noc spokojna.

Dnia 11 stycznia koło południa wystąpił na nowo skurcz w odnogach górnych, lecz słabszy niż dnia poprzedniego, objaw twarzowy utrzymuje się w téj saméj sile. Skurcz mięśni ustąpił po dwóch godzinach, poczém powstały jeszcze lekkie bóle ciągnące, które znikły po kilku godzinach, aby już więcéj nie wrócić.

Drażliwość nerwu twarzowego utrzymywała się jeszcze przez trzy dni, poczém także znikła bez śladu.

Tymczasem przebieg rany był zupełnie prawidłowy, 12 stycznia wyjęto sączki, 16 usunięto szwy, cała rana zgoiła się *per primam.*

Badanie wziernikiem wykonane 18 stycznia, zatém w 11 dni po operacyi, wykazało niedowład prawego więzadła bardzo niskiego stopnia, głos nieco tylko chrypliwy, lecz donośny. Oddech swobodny. W tym stanie opuścił chory klinikę.

W trzy miesiące po operacyi zgłosił się chory powtórnie do kliniki, skarżąc się na bóle ciągnące w odnogach, brak apetytu, ociężałość; ogólne osłabienie i chwilowo występujące zawroty głowy. Blizna na szyi nieco wyniosła i twarda lecz niebolesna, tetanii nie można było wykazać ani śladu. Twarz chorego obrzmiała, wyraz matołkowaty, słowem chory ten przedstawiał wybitne objawy choroby zwanéj przez Kochera *Cachexia strumipriva.* Oddech nie utrudniony, głos czysty. Więzadła głosowe prawidłowo ruchome. Tchawica, którą można wymacać przez skórę, jest już prawie normalnych wymiarów i elastyczna. Chory opuścił klinikę z poleceniem używania kąpieli, ruchu i powietrza, jakotéż przepisano mu żelazo do wewnętrznego użycia. O dalszym losie chorego nie mogłem się dowiedzieć. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z konferencyi o cholerze. Dyskusyja

w państwowym Urzędzie zdrowia w Berlinie w d. 29 lipca br. podał Dr. Schaitter.

Z powodu spóźnionéj pory odroczono dyskusyję nad wykładem Kocha do dnia 29 lipca.

W dyskusyi téj zabrał najprzód głos Virchow i zdania przedłożone przez Kocha podzielił na dwie grupy. Do pierwszéj zaliczył te twierdzenia, w obec których członkowie konferencyi mogą jedynie wyrazić swoje uznanie i zadowolenie, co do których jednak nie mogą mieć własnego zdania, zdobytego na podstawie samodzielnych badań. Do drugiéj grupy zaliczył kwestyje, nad któremi mają prawo głos zabierać a to na podstawie doświadczeń uzyskanych w czasach poprzednich epidemij.

Pierwszém pytaniem tego rodzaju jest:

1) Czy cholerę wywołuje przyrzut specyficzny pochodzący jedynie z Indyj?

V. jest przekonany, że w Niemczech nie ma nawet potrzeby dyskutowania nad tém pytaniem, a o ile wié nie starał się w ostatnim lat dziesiątku nikt obalić tego zdania. Hirsch stwierdza, że na konferencyi sanitarnéj odbytéj w Wiédniu w roku 1874, w któréj sam brał udział jako delegat Państwa Niemieckiego, zapanowało ogólne przekonanie, że cholerę wywołuje jedynie przyrzut zawleczony z Indyj. Zgodne to zapatrywanie z tego jeszcze względu zasługuje na wzmiankę, że członkowie tamtéj konferencyi bardzo różnili się w zapatrywaniach swoich na inne szczegóły dotyczące cholery.

Z kolei zajęto się pytaniem:

2) Czy przyrzut znajduje się w odchodach względnie w wymiocinach, czy téż wykazać go można również we krwi, w moczu, pocie i w powietrzu wydychaném?

Virchow wykazuje, że pytanie to nasunęło się z powodu, że komisyja francuzka miała wykazywać przyrzut w innych częściach organizmu a zwłaszcza we krwi. Koch, który już dawniéj temu zaprzeczył, twierdzi ponownie, że przyrzut znajduje się wyłącznie w odchodach a na dowód, że we krwi i innych cieczach organizmu i w powietrzu wydychaném nie ma przyrzutu, przytacza, że dotąd nie jest znanym przypadek zarażenia się cholerą przy sekcyi, podczas gdy zarażenie durem powrotnym i wąglikiem nieraz już przy téj sposobności powstało. Virchow nie przypomina sobie, żeby dawniejsze badania w tym kierunku doprowadziły były do pewnego rezultatu.

Za zgodą uczestników poddano równocześnie dyskusyi pytanie:

3) Czy wykrycie prątka przecinkowego ma wartość rozpoznawczą? wraz z pytaniem: 4) Czy prątek przecinkowy jest przyrzutem cholerze właściwym?

Stawiając trzecie pytanie nie powodował się Koch myślą, że rozstrzygnięcie tegoż nada pewien kierunek usiłowaniom leczniczym. Rozstrzygnięcie to zdaniem jego ma większą ważność dla lekarza, który z urzędu powołanym być może do dania opinii o pierwszych przypadkach powstałéj choroby. Mowca kładzie nacisk na to, że mikroskop sam do tego nie wystarcza, a lekarz lub urzędnik zdrowia musi być również biegłym w przeprowadzaniu hodowli. Zdaniem Skrzeczki nie można obecnie ani nawet w niedalekiéj przyszłości spodziewać się po lekarzach takiéj wprawy i biegłości w badaniach tego rodzaju, może być jednak, że z czasem jéj nabędą. Virchow przyznaje téj kwestyi praktycznéj podrzędne znaczenie, jego obchodzi głównie pytanie czwarte, a jakkolwiek niepowodzenie dotychczasowe wśród szczepień cholery za pomocą prątka nie stanowi dowodu, że prątek nie jest przyrzutem cholery, to jednak wzmianka uczyniona przez Kocha, że Richardsowi udało się wśród żywienia świń odchodami cholerycznych wywołać u tych zwierząt ciężkie przypady a nawet śmierć, zasługuje na uwzględnienie, jakkolwiek obraz chorobowy nie zupełnie podobnym był do cholery a Koch tłumaczył tę okoliczność tém, że były to przypady otrucia istotami, które powstanie swoje zawdzięczają prątkom. Bądź co bądź są w téj kwestyi pożądane dalsze porówna-

wcze doświadczenia, gdyż w obec pojawienia się twierdzenia o istnieniu obok prątków pewnéj istoty trującéj, należałoby dopiero wśród tych doświadczeń przekonać się, czy można u zwierząt wywołać pewien zbiór przypadów, któreby można identyfikować z cholerą.

Wśród ostatnich kilkunastu lat wyczekiwano tylko odkrycia pewnego *Ens vivum*, które stanowi przyrzut cholery. Do takiego oczekiwania uprawniały trzeźwe obserwacyje epidemij ostatnich, ich przebiegu i szerzenia się, a stosując sposoby odwietrzające postępowano już tak, jakby się znało nieprzyjaciela: owe *ens vivum*. W obec twierdzenia Kocha, że niejednokrotnie mógł wykazać w jelitach osób zmarłych z cholery niejako czyste hodowle prątków przecinkowych, że mógł je snadnie wykazać w zanieczyszczonéj odchodami bieliźnie, którą wszyscy uważamy za najniebezpieczniejszego pośrednika przyrzutu, przyznać należy, że droga dla wszelkiéj innéj hipotezy jest zamkniętą i trudno przypuścić, żeby ten prątek nie był istotnie przyrzutem. Naturalnie, że kwestyja ta nie jest jeszcze ściśle naukowo załatwioną, dopóki nie wykazano, że u człowieka nie ma innéj choroby, lub innego stanu chorobowego, wśród którego ten sam prątek wykazać można. Jak na teraz powinni wszyscy a nawet ci, którzyby nie byli jeszcze przekonani o znaczeniu prątka, zająć w obec niego postawę taką, jakąby zajęli w razie ściśle naukowego stwierdzenia jego istoty i własności.

Hirsch podnosi ważność badania odchodów co do prątków przecinkowych zwłaszcza w tych przypadkach, w których nie można zrazu poznać, czy się ma do czynienia z cholerą azyjatycką, czy też ze swojską; przypadki ciężkie choroby ostatniéj noszą na sobie cechy nader zbliżone do cholery indyjskiéj, w tym podobnych tedy przypadkach byłoby wykazanie prątka przecinkowego nieocenioném, jeżeli on się tylko nie znajduje w przypadkach cholery swojskiéj.

Koch miał sposobność badać niedawno odchody chorego na cholerę swojską, nie wykazał jednak prątków przecinkowych, nie mógł ich również wykazać w wydzielinach i jelitach chorych zmarłych we Wiedniu. W ostatnich przypadkach zachodziła wątpliwość, czy się ma do czynienia z cholerą swojską, czy też z rażeniem słoneczném. (C. d. n.)

Doc. Dr. Karol Chodounsky: **Klimatyczne leczenie gruźlicy płuc.** (Praga, 1884 r. Odbitka z Časopisu l. č.)

Streścił Dr. A. Kwaśnicki.

Rozpatrzywszy się krytycznie w miejscowościach, do których posyłamy suchotników, niezawodnie spostrzeżemy te przeciwieństwa klimatyczne, któremi się różnią np. suchy i gorący klimat Kairu, gorący i wilgotny Madery od powietrza śnieżnych wyżyn alpejskich, lub nizkich wybrzeży morza Śródziemnego. Wysyłamy jednych do krajów ciepłych, ażeby uniknęli chłodów naszéj długiéj zimy, innym każemy po pół roku przebywać na wyżynach śnieżnych, zalecając pobyt na wolném powietrzu. Tak powierzchownie zapatrując się na tę sprawę możnaby nabrać przekonania, że klimat nie ma wpływu na przebieg gruźlicy płuc, a przez to samo przyznać się do braku naukowych wskazań w wyborze klimatycznego miejsca na pobyt dla chorych na suchoty. Prawdą jest, że w wielkiém skupieniu różnorodnych postaci chorobowych, podpadających pod nazwę suchot płucnych, są formy poprawiające się lub przemijające we wszystkich klimatach, byleby chorego postawiono w dobrych warunkach życia; natomiast ściśle spostrzeżenia pouczyły, że pewne formy suchot stale i niezawodnie polepszają się tylko w pewnych podniebiach, tak jak inne formy stale pogarszają się; spostrzeżenia te doprowadziły do badań, których następstwem było wypracowanie w świetle nauki i krytyki wskazań i przeciwwskazań klimatycznego leczenia suchot.

Odkrycie Kocha laseczników gruźliczych nie posunęło do téj pory naprzód terapii suchot płucnych; usiłowania poczynione na drodze antyseptycznéj już zostały porzucone; natomiast idąc za wskazaniami przyczynowemi i objawami miejscowemi, lekowanie suchot więcéj zbliża się do swego celu. Z całą świadomością i badawczością należy w leczeniu suchot uwzględnić tak stan ogólny chorego, jak i zmiany miejscowe w płucach, a jednocześnie uczynić wszystko możebne, ażeby oddechowa czynność płuc i krążenie krwi odbywały się w jak najlepszych warunkach; przysporzenie tych warunków jest zadaniem klimatoterapii.

Autor poprzedza swe uwagi praktyczne wywodami zmierzającemi do wykazania wartości pojedynczych czynników meteorologicznych w leczeniu klimatyczném, do których zalicza czystość powietrza i jego elektryczne napięcie, ciśnienie atmosferyczne, ciepłotę, nasycenie parami wodnemi, ruch powietrza i jasność firmamentu.

Co do chemicznéj czystości powietrza, to z wyjątkiem gazu kw. węglowego, inne składniki stale pozostają w prawidłowym stosunku na całéj powierzchni kuli ziemskiéj. Różnice stosunkowe ilości gazu kw. węglowego są małe i nie wywierają wpływu na ustrój ludzki.

Napięcie elektryczne jest znaczniejsze w górach, aniżeli w dolinach, najsłabsze w miastach; to mocniejsze napięcie na wyżynach wywiera wpływ pobudzający na ośrodek oddechowy i przez to staje się ważnym czynnikiem leczenia klimatycznego (Denison). W zależności od elektryczności jest obecność ozonu w powietrzu; pomijając teoretyczne wywody znaczenia ozonu dla organizmu, zaznacza autor, że większe miasta wyszczególniają się brakiem ozonu. Ozon również podnieca ośrodek oddechowy; na wyżynach górskich, morskich wybrzeżach i w okolicach leśnych ozon znajduje się w ilości obfitszéj, natomiast w powietrzu miast jest jego mało. Najpierwszym powodem zanieczyszczenia powietrza jest pył, bądź krystaliczny, bądź bezkształtny (Hann). Znaczenie pyłu, jako czynnika chorobotwórczego płuc jest dostatecznie i naocznie udowodnione; najwięcéj jego zawiera powietrze miejskie, a w parze z tym faktem jest największa śmiertelność po miastach z chorób płucnych (Eiselt, Tissandier); twierdzenie to uwydatnia statystyka śmiertelności wielkich miast, oraz porównanie śmiertelności z suchot płucnych w miastach i okolicy podmiejskiéj. Szkodliwy wpływ pyłu zarówno powstaje od pyłu bezkształtnego jak i krystalicznego. Wpływ powstający z drobnotworów roślinnych i zwierzęcych w kurzu znajdujących się, należy do spraw będących zadaniem nowoczesnéj teoretycznéj medycyny i dla tego pominął ją autor w swojéj praktycznéj rozprawie.

Wpływ ciśnienia atmosferycznego na oddechanie, krążenie i parowanie chyba nie potrzebuje dowodzenia. Stosując przyrządy pneumatyczne z zgęszczoném i rozrzedzoném powietrzem przekonano się, że powietrze zgęszczone rozszerza płuca przy biernym ich stanie, rozrzedzone zaś pobudza do rozszerzalności czynnéj. Dla praktyki ważném jest przekonać się, jaki wpływ wywierają wyżyny na oddechanie i krążenie; autor wpływ ten spostrzegał na sobie; w stanie prawidłowym liczy on 70—72 uderzeń tętna na minutę, a w zupełnym spokoju 12—13 oddechów; w alpejskim Oberdorfie (812 m. nad p. m.) przy kilkakrotném badaniu w ciągu doby tętno uderzało 76 razy, oddechów było

16. W Davos Platz (1556 m.) po obudzeniu się w łóżku 70 uderzeń tętna, oddechów 19. Na powietrzu po półgodzinnym wypoczynku w przedpołudniowéj godzinie oddechów było 23—24, tętno 84; wieczorem przy spokoju fizycznym 21 oddechów, 80 tętna. W St. Moritz (1786 m.) ilość oddechów była 22—24 przy 80 tętna. Autor spostrzegał u 6 osób te wahania się oddechów i znalazł, że średnia ich ilość była 21—24. Tu należy wspomnieć, że w tych górskich wyżynach zachodzi samowolna potrzeba głębokich wdechów, przy zupełnym spokoju fizycznym. Zasadniczo do podobnych wniosków i inni badacze doszli. Należy zauważyć, że liczby powyższe nieco zmieniają się po obyciu się z klimatem danéj wyżyny. Często zauważano spadanie tętna (np. z 120 na 92), co świadczy, że z pobudzeniem ośrodka oddechowego skurcz serca staje się mocniejszym.

Denison wyjaśnia w ten sposób krążenie płucne przy zmniejszoném ciśnieniu atmosferycznem. W powietrzu 5 razy rzadszém (na wyżynie 6,000 m.) wdechy stają się głębszemi i częstszemi. Zwiększony przypływ powietrza do płuc podnieca krążenie płucne, zasilane mocniejszym skurczem mięśnia sercowego; wydech w strefach wysokich jest krótszy; wobec tych warunków zgęszczenie powietrza w płucach się wzmaga, krew w naczyniach z większą siłą jest pchana do lewéj komórki, i jeśli te warunki oddechania i krążenia zwiększymy przez wzniesienie się na wyżynę 12,000′, to krwotok nastąpić musi. Te zmiany czynnościowe serca i płuc, występujące w strefach górskich, przyczyniają się do ułatwienia wykrztuszania, wsysania nacieków itd. Podnoszono, że w rozrzedzonem powietrzu mało się wdycha tlenu, co przecież ustrój odczuwać musi; w istocie największa ilość tlenu spostrzega się na wysokości powierzchni morza, przy 0°C. W miarę podnoszenia się ponad powierzchnię morza i przy powiększającéj się ciepłocie ilość tlenu obniża się, ale różnice te tak są nieznaczne, że w istocie nie należy ich uwzględniać. Braun przypomina, że w górskich strefach spotrzebowywanie tlenu jest tak małe, że już to samo jest w stanie zrównoważyć drobne ilościowe różnice.

Powszechnie wiadomo, że na wyżynach wzmaga się krążenie w skórze i błonach śluzowych, które zabarwiają się żywo, a są osoby, którym ten stan sprowadza krwawienie w obwodzie ciała, np. z nosa; to dało powód do obaw, że w górach powstawać muszą u suchotników krwotoki płucne. Doświadczenie jednak pouczyło, że krwotoki te w górach są nader rzadkie, a przyczyna tego spoczywa (Jaccoud) w tém, że nawał krwi do obwodu zmniejsza parcie jéj w trzewach. W sprawie téj odgrywa jeszcze wielką rolę stałość wahań ciśnienia atmosferycznego, które wraz z innemi korzystnemi własnościami powietrza górskiego oddziaływa na układ nerwowy, a za jego pomocą na wszystkie czynności ustroju. Wreszcie dodać należy, że przy zmniejszonem ciśnieniu atmosferycznem parowanie jest zwiększone, co znowu oddziaływa na szybsze utlenianie krwi, pobudzane krążeniem i oddechaniem, a wszystko razem wspólnie z podnieceniem nerwów wpływa na poprawę ogólnego odżywienia.

Dobrotliwy wpływ ciepła na życie organiczne należy do pewników. Natomiast wpływ korzystny ciepła w niektórych cierpieniach płucnych może niesłusznie dał powód do fałszywego mniemania, że ciepło jest potrzebne i suchotnikom. Statystyka wykazała przesadność tego zapatrywania, przynajmniéj co do miast (Pidoux, Lombard); ale należy przyznać, że w tym wypadku statystyka nie uwzględniała żadnych innych czynników prócz pory roku, co poprowadziło do błędnych wniosków, opartych na pozorach. Podług Brauna wysoka ciepłota zmniejsza częstość tętna i oddechów. Lombard w nowszych czasach doszedł do wniosków przeciwnych, mianowicie, że tętno staje się częstszém pod wpływem gorąca, a wolniej od chłodu; zauważano również, że ilość wydechana kw. węglowego zwiększa się pod wpływem chłodu; odwrotnie ma się rzecz z azotem. Transpiracyja zwiększa się w gorącém i suchém powietrzu, parowanie z płuc jest najwyższe w czasie suchego chłodu; moczenie wzmaga się w wilgotnym chłodzie, zmniejsza się podczas suchéj i ciepłéj pogody. Gorąco nie podnieca układu nerwowego. Denison streszcza w ten sposób wpływ ciepłoty na organizm ludzki: 1) w powietrzu gorącém i wilgotném ciepłota ciała zwiększa się; 2) w powietrzu ciepłém ilość oddechów zmniejsza się; 3) ciepłota powietrza ujemnie oddziaływa na odżywienie. Zima nader ciepła nie jest pomyślną dla zdrowia człowieka, a tém mniéj dla suchotnika.

Wilgotność powietrza zależy od względnéj zawartości w nim pary wodnéj i niezawodnie ma swój wpływ na organizm zwierzęcy; jeśli powietrze suche należy do podrażniających, to wilgotne jest kojącém (Thomas). Według Lombarda powietrze wilgotne ułatwia wydechanie kw. węglowego, oddechanie jest pełniejsze w powietrzu wilgotnochłodném. Parowanie w powietrzu wilgotném zmniejsza się, moczenie zwiększa się. W miarę wznoszenia się w górę nad powierzchnią morza zmniejsza się względna i bezwzględna ilość wilgoci w powietrzu; w lecie wilgotność jest mała na nizinach, w górach przeciwnie w zimie maleje. Powietrze wilgotne jest szkodliwe dla suchotników bez względu na jego ciepłotę.

Ruch powietrza oddziaływa pobudzająco na ustrój ludzki; parowanie zwiększa się, krążenie staje się energiczniejszém. Wpływ korzystny wiatru zależy od jego siły i kierunku, a rzecz prosta, że dla chorych na cierpienia płucne wiatry silne są szkodliwe.

Wszelka miejscowość, mająca być zaliczoną do miejsc leczniczo-klimatycznych, winna mieć większą część sezonu firmament wyjaśniony; już sama potrzeba, ażeby chorzy na piersi mogli jak najwięcéj przebywać na powietrzu, wymaga nieba niechmurnego.

Po tych ogólnych uwagach Dr. Chodounsky przeszedł do podziału klimatu i uwag leczniczo-klimatycznych, z których zdamy sprawę w następnym numerze. (C. d. n.)

Prof. E. Leyden: **Zwyrodnienie twardzielowe tętnic wieńcowych** *(Sclerosis art. coron.)* **i ich następstwa.**

Autor odróżnia kliniczne przypadki z przebiegiem ostrym i przewlekłym.

1) W przypadkach z przebiegiem ostrym występują nagle bardzo zatrważające objawy ze strony serca, poprzedzone dość często mniéj lub więcéj wybitnemi zwiastunami. Okres ten zwiastunowy odznacza się bólami w okolicy serca, mdłościami, niepokojem, jedném słowem przypadami podobnemi bardzo do objawów dusznicy bolesnéj. Po tych objawach zwiastunowych chory doznaje nagle nader gwałtownego bólu w okolicy serca, z uczuciem ogromnéj trwogi, lecz bez właściwéj duszności. Chory w tym okresie zwykle nagle staje lub kładzie się i pozostaje bez ruchu. Objawy przysłuchowe serca i zmiany w tętnie są nieznaczne. Charakterystycznym jest tylko wyraz trwogi, przerażenia i boleści w twarzy. Tętno bywa często nieco szybsze, niekiedy nieregularne, w niektórych jednak przypadkach zupełnie prawidłowe.

Autor nader rzadko spotkał się z tętnem zwolnioném, na które Samelson tak wielki kładzie nacisk.—Napad powyższy albo kończy się odrazu śmiercią, lub też dopiero po kilkakrotném powtórzeniu się. W niektórych przypadkach autor uważał, że objawy dusznicy bolesnéj wcale nie występują, tak że napad przybiera postać omdlenia lub ostrego obrzęku płuc. Sinica występuje czasem w ostatnich chwilach, może jéj jednak także zupełnie nie być. Mocz dość często prawidłowy, czasem tylko nieobfity i białko zawierający. Przytomność istnieje często do saméj śmierci, w innych przypadkach śpiączka, majaczenie poprzedzają śmierć.

2) Przypadki z przebiegiem przyostrym nie odróżniają się wybitnie od poprzednich. Różnica polega na tém, że napady powtarzają się często i choroba ciągnie się tygodnie. I tutaj zwykle występują zwiastuny, jak kaszel, brak tchu, oddech krótki, często wybitne objawy dusznicy bolesnéj, niekiedy opuchlina. Chory czuje się raz lepiéj, to znów gorzéj, w końcu jednak śmierć przychodzi pośród coraz mocniéj występujących objawów, lub jeden silniejszy napad zabija chorego.

3) Przypadki z przewlekłym przebiegiem opisywano zwykle jako przewłoczne zapalenie mięśnia sercowego lub je wliczano w inne grupy chorobowe. — W przewlekłéj twardzieli tętnic wieńcowych można odróżnić trzy okresy. W pierwszym okresie choroba zwiastuje się jak w przypadkach o przebiegu ostrym i przyostrym. Okres ten jest dla leczenia najważniejszym. W okresie drugim chory czuje się znacznie lepiéj. Dolegliwości jego ograniczają się do krótkości oddechu i ogólnego osłabienia. Trzeci okres zakończa zwykle życie chorego już to pośród objawów coraz słabnącéj akcyi serca, już to występując jako dusznica bolesna z następowym obrzękiem płuc.—Badanie przedmiotowe nic charakterystycznego nie wykazuje. Ruchy serca są nieregularne lub regularne, to zwolnione to przyspieszone. Przyspieszenie tętna jednak częściéj ma miejsce niż zwolnienie. Rozpoznanie uważa autor za łatwe, szczególniéj jeżeli istnieje przytém ogólne zwyrodnienie miażdżycowe tętnic. Od stłuszczenia serca różni się choroba ta dominująca zwykle objawami dusznicy bolesnéj.

Przypadki z najgwałtowniejszym przebiegiem występują między 50 a 60 rokiem życia. Jeżeli choroba wystąpi po 60 roku, przebiega zwykle przewlekle. Choroba należy do rzadkości w wcześniejszym wieku niż 40 lat. Płeć męska więcéj jest skłonną do niéj niż żeńska. Również częściéj ją napotykamy u osób silnych niż słabowitych.—Pod względem etyjologii na pierwszém miejscu stoi nadużycie napojów wyskokowych. Autor przypisuje także znaczenie usposobieniu dziedzicznemu, silnym wzruszeniom itd. — Obraz cały chorobowy jednak odróżnić należy od podobnego cierpienia na tle syfilitycznèm i kiła *eo ipso* nie można uważać za przyczynę téj choroby.

W czasie napadu zaleca L. leki podniecające lub bańki. Bardzo skutecznemi często okazały się leki nasenne w małéj dawce, szczególniéj morfin. Nitrogliceryny i amylnitritu nie radzi L. używać. Naparstnica, ostrożnie polecana, ma szczególniéj w przypadkach przewlekłych nie źle działać. Stósowanie zimna na okolicę serca jest przeciwwskazaném.

Pod względem patologiczno-anatomicznėm rozróżnia autor: 1) zwyrodnienie tętnic wieńcowych bez zmian serca (brak rozszerzenia komórek lub zwyrodnienia mięśnia); — 2) zwyrodnienie jest przyczyną zakrzepowego rozmięknienia i wytworzenia się krwawego zawału, który może dać powód (do przerwania; 3 ognisko zakrzepowe organizuje się w tkankę łączną i tworzy mniéj lub więcéj wybitne modzele, które dają powód do rozszerzenia i przerostu serca lub do tętniaka serca; 4) wreszcie napotkać można kombinacyję rozmiękczenia zakrzepowego z wytworzeniem się tkanki modzelowatéj. Obraz pośmiertny często w zupełności tłumaczy obraz chorobowy za życia. (*Zeitschr. f. d.Med.* V, VI, 1884). *Dr. Kopff.*

Wiadomości pomniejsze.

Na posiedzeniu z d. 20 marca r. b. lekarzy szpitala Charité w Berlinie przedstawiono kilku chorych na cierpienia nerwowe z przypadami nader ciekawemi. Naprzód Dr. Oppenheim mówił o współruchach. Współruchy takie wydarzają się najczęściéj w porażonych odnogach w porażeniu połowiczém w czasie ziewania, kaszlu itp. O. przedstawia kilka takich ciekawszych przypadków. U chłopca z porażeniem połowiczém ręka lewa porażona zaciska się w pięść, jeżeli chory zaciśnie w pięść rękę prawą. W drugim przedstawionym przypadku ręka, będąca ciągle w chorobliwém skurczeniu, prostuje się, skoro tylko chory ziewnie. U chłopca jedenastoletniego znów, który nabył skutkiem duru brzusznego prawego porażenia połowiczego, porażenie to w ciągu dwóch lat ustąpiło prawie zupełnie, jednak wszystkim poruszeniom któréjkolwiek z odnóg zdrowych towarzyszą odpowiednie ruchy odnóg przedtém porażonych. I tak np. gdy chłopiec lewą ręką zakreśla koło w powietrzu, prawa ręka mimowolnie wykonywa ten sam ruch. Ruch ten mimowolny chory może powstrzymać tylko, jeżeli rękę prawą (chorą) wesprze o jaki przedmiot. U innego znów chorego przedstawionego współruchy znów inaczéj się objawiają. Chory ten porażony po stronie lewéj skutkiem udaru mózgowego, może wykonać ręką porażoną wszelki ruch, ale tylko, jeżeli ruch taki sam równocześnie wykonywa ręka prawa (zdrowa). Gdy chory poruszać chce ręką zdrową, ręka chora jest w zupełnym spoczynku. U 35-letniego mężczyzny cierpiącego już od dwudziestu kilku lat na bezład w odnogach górnych i dolnych, występuje również szczególniejszy objaw tego rodzaju. Chory, leżąc na grzbiecie, nie może zgiąć jednéj nogi, aby równocześnie nie zgiął i drugiéj, w czasie tego i ręce w ramionach muszą zawsze wykonać jakiś ruch. Jeżeli chory mówił, musiał mimowoli zgiąć zawsze prawą nogę. Chory nie może ruchów tych przytłumić. U innego znów chorego, cierpiącego na *tabes dorsualis*, występują gwałtowne ruchy nóg, jeżeli chory kaszle lub kicha. Prelegent wykazuje, że dotąd jeszcze żadnemu z fizyjologów lub patologów nie udało się wyjaśnić tego szczególnego objawu współruchów. W dalszym ciągu posiedzenia Dr. Thomsen przedstawia chorego z nader ciekawemi objawami ślepoty duszy i częściowéj głuchoty słów. Chory, u którego prócz nieznacznych objawów przytępienia władz umysłowych nic z początku niedostrzegano, uskarżać się zaczął, że nie widzi, że mu okulary nic nie pomagają. Badanie wziernikiem ocznym nic nieprawidłowego nie wykazało. Chory jednak wielu rzeczy niedostrzega. Równocześnie zauważano, że chory i słów wielu nie rozumie. Źrenice zupełnie dobrze oddziaływają na światło. O przeszłości chorego i rozwoju choroby nic się dowiedzieć nie można było. Że chory widzi, to najlepiéj uwidocznia, że na żadnym przedmiocie nie utyka, że omija przeszkody itd. A przecież np. łyżki nie widzi, również nie rozumie wyrazu „łyżka" i nie wie, do czego ona służy. Podobnież rzecz się ma i z wielu innemi przedmiotami. Jeżeli choremu podano zapalony stoczek, to chwyta go, ale jednak płomienia nie widzi, i dopiero sparzywszy się rzuca go i krzyczy. Mimo tego doświad-

czenie można kilka razy powtórzyć. Zdaje się, że chory słyszy wszystko, lecz wiele nierozumie, podobnie jak zdaje się, że wie wszystko, lecz wiele przedmiotów widzianych niedochodzi jego świadomości. O właściwéj afazyi nie ma u chorego mowy. (*Allg. C. Z.*) Ω.

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie z czynności Departamentu V Wydziału krajowego. Referent członek Wydziału krajowego Dr. F. Hoszard.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Ruch chorych w szpitalu powszechnym we Lwowie przedstawia się jak następuje: ilość chorych 11,247, dni leczenia 226,149, umarło 984, procent śmiertelności 8,6. Z tego widać, że ruch chorych w porównaniu z rokiem 1882 wzmógł się znacznie i rzeczywiście w ciągu ubiegłego roku, szpital był nieustannie przepełniony chorymi, tak, że czasami przychodziło umieszczać ich w korytarzach i na ziemi.

Na obserwacyi było 269, tak mężczyzn jak i kobiet. Na oddziale chirurgicznym wykonano operacyj większych 191, mniejszych 313, opasek gipsowych założono 80. Razem wykonano rękoczynów 584. Złamań leczono 140, ran 240. Na oddziale ocznym operowano 257 chorych.

Wydatki według zamknięć rachunkowych za r. 1883 wynosiły na oddziałach chorych 169,353 złr., a na oddziale położniczym 15,340 złr., razem 184,693 złr. Z téj kwoty za dzieci leczone w szpitaliku św. Zofii wypłacono 11,203 złr. Utrzymanie chorego przez cały czas leczenia jego kosztowało przeciętnie 16 złr. 42 ct., t. j. taniéj o 1 złr. 21 ct., jak w r. 1882. Każdy dzień leczenia kosztował 81,6 ct., wikt chorego na dzień 21 ct., a leki 5,8 ct.

Z ważniejszych spraw administracyjnych szpitala lwowskiego przytaczamy następujące:

Wybudowano pralnię według planów przyjętych przez Wysoki Sejm. Jakkolwiek ostateczny obrachunek nie jest jeszcze zrobiony, koszt budowy nie przekroczy preliminowanéj sumy.

Z powodu kilku przypadków wyskoczeń z okna tyfusowych i obłąkanych, znajdujących się w szpitalu na obserwacyi, poleciliśmy zaopatrzyć dwa pokoje i korytarz w kraty u okien i zamki u drzwi tak, że będą stanowić całość ściśle odgraniczoną od innych ubikacyj szpitala.

W 1883 r. leczono w Szpitalu św. Łazarza w Krakowie 6,706; dni leczenia było 177,161. Przeciętny pobyt chorych w zakładzie wynosił 26,4 dnia. Zmarło 664. Procent śmiertelności 11,6. Każde łóżko obłożone było 15 razy. Na choroby weneryczne leczono 992; na oddziale obłąkanych było 246, leczonych w ciągu 25,824 dni. Obłąkanych zmarło 24, t. j. 9.8% przeważnie na paraliż postępowy. Dzieci odesłano 827 do szpitala św. Ludwika, gdzie zostawały 25,555, t. j. o 3,903 dni więcéj jak w roku poprzednim. Wydatki netto na zwykłe utrzymanie w szpitalu św. Łazarza wynosiły według rachunków szpitalnych, dotychczas niesprawdzonych 146,985 złr., a po doliczeniu 3.312 złr., wydanych na podatki, daniny itd. kwotę 150,297 złr. Dochody 186,099 złr. Nadwyżka dochodów wynosić będzie prawdopodobnie około 35,802 złr. Koszt utrzymania chorego w ciągu całego czasu leczenia jego wynosił 24 złr. 92 ct., koszt jednego dnia leczenia 96,9, wikt dzienny chorego 23 ct. Budżet uchwalony przez Wysoki Sejm na 1883 r. przekroczono o 3,907 złr. Przekroczenie to spowodowane było: większą o 2,377 złr. wypłatą za leczenie dzieci w szpitalu św. Ludwika; większą o 358 zapomogą dla położnic i mamek za karmienie obcych dzieci, konieczną potrzebą większéj ilości posługi na oddziale obłąkanych, tudzież dla chorych na ospę i dla chorych na pierwszéj klasie, a co kosztowało więcéj o 708 złr., daléj wydatkiem na niwelacyją ogrodu szpitalnego 164 złr. Wreszcie nadzwyczajnymi wydatkami na zmianę belek w domu ekonomicznym, tudzież na rekonstrukcyję stodoły w Prądniku Czerwonym, które wynosiły 631 złr.

Zakład dla obłąkanych w Kulparkowie. W roku ubiegłym ruch chorych w zakładzie dla obłąkanych był następujący:

Leczono 859 chorych, to jest o 99 więcéj niż w roku 1882; w liczbie téj izraelitów 181, to jest 21%. Ilość dni leczenia wynosiła 149,223 a zatém o 12,851 dni więcéj niż w roku poprzednim. Zmarło 119 czyli 13,8%. Zwracamy uwagę, że na 117 znajdujących się w zakładzie, z nieuleczalném porażeniem umysłowém, umarło 51, a zatém 43.5% całéj ilości zmarłych. Przeciętny pobyt jednego chorego w zakładzie wynosił 173,7 dnia.

W ubiegłym roku więcéj używano chorych do roboty jak w roku 1882. Przeciętnie pracowało 144 miesięcznie. Używano ich w kancelaryi, w różnych warsztatach, w kuchni, pralni, do robót ziemnych w polu i ogrodzie, w krowiarni, do szycia i naprawiania bielizny. Pracowali obłąkani w ogóle 15,179 dni. Po strąceniu kwoty § 22 statutu oznaczonéj, wypłacono chorym za robotę 689 złr. 94 ct.

Wydatki na utrzymanie całego zakładu w roku 1883 wynosiły 147,457 złr. a zatém o 54 złr. mniéj jak preliminowano w budżecie. Utrzymanie jednego obłąkanego przez cały czas jego pobytu w zakładzie kosztowało 171 złr. 66 ct. a dziennie 98.8 ct., żywienie zaś chorego w ciągu dnia jednego 23,6 ct. Dochody wynosiły 154,214 złr. Nadwyżka dochodów w kwocie 6,757 złr. oddaną została do funduszu krajowego.

Szpitale prowincyjonalne. Ruch chorych w szpitalach prowincyjonalnych w roku 1883 wzmógł się bardzo znacznie w porównaniu z rokiem poprzednim. Ilość leczonych wynosiła 15,102, a zatém o 635 więcéj jak w roku 1882; dni zaś leczenia było 388,064, t. j. o 22,646 więcéj. Procent śmiertelności wynosił 9,3 a po odtrąceniu 139 przywiezionych w chwili konania 8,5. Każde łóżko było obłożone 9 razy w roku. Średni pobyt chorego w szpitalach 24,1. Powodem dłuższego przeciętnego pobytu chorych w szpitalach prowincyjonalnych w porównaniu z krajowemi jest stosunkowo większa ilość chorych dotkniętych chorobami wenerycznemi (3.703), których leczenie wymaga dłuższego czasu, a które szczególnie w górskich okolicach stały się bardzo pospolitemi.

Zamknięcia rachunkowe z obrotu funduszów szpitali prowincyjonalnych przedstawiają sumę wydatków rzeczywistych 208,594 złr. t. j. o 33,659 złr. mniéj od kwoty budżetowéj preliminowanéj i o 13,232 złr. mniéj od wydatków w roku 1882, pomimo zwiększonéj ilości chorych i dni leczenia, a o 96,478 złr. mniéj od wydatków w roku 1878, które wynosiły wtedy 305,072 złr. Dochody w roku 1883 przewyższały wydatki o 20,466 złr. Pielęgnowanie jednego chorego w roku 1883 kosztowało tylko 12 złr 95 ct. t. j. o 1 złr. 39 ct. mniéj jak w roku poprzednim, koszt dnia leczenia spadł z 60,7 ct. na 53,7 ct., a koszt żywienia z 22 na 20,7 ct. Przeciętna taksa za leczenie chorych w szpitalach prowincyjonalnych wypada na 51,7 ct., a zatém 2 ct. szpitale prowincyjonalne pokrywają z własnych dochodów. Rezultaty te pokazują, że szpitale prowincyjonalne nasze są najtaniéj administrowane niż w całéj Austryjackiéj Monarchii.

Ze spraw administracyjnych w tych szpitalach podnosimy następujące:

Z zamknięć rachunkowych z trzech lat ostatnich przekonawszy się, że taksa szpitalna w Drohobyczu nie pokrywa wydatków, byliśmy zmuszeni podnieść ją z 51 na 55 centów; przeciwnie zaś w szpitalu wadowickim zniżyliśmy z 55 na 52 ct.

Zezwoliliśmy m. Brodom rozpocząć budowę nowego szpitala na 50 łóżek z własnych funduszów szpitala, wynoszących około złr. 36,000 pod kierunkiem, dozorem i kontrolą brodzkiéj rady powiatowéj.

Pod względem gospodarstwa i administracyi w szpitalach prowincyjonalnych nastąpiły korzystne zmiany, tak, że szpitale, które poprzednio dużo pozostawiały do życzenia (jak samborski i nowosądecki), teraz nie ustępują innym zakładom.

Sprawami zakładów prowincyjonalnych wszędzie kierują wedle wydanych instrukcyj Komitety szpitalne, złożone z burmistrza, członka rady miejskiéj, lekarza i rządcy a czynność tych Komitetów okazała się użyteczną dla szpitali.

Budżety szpitali prowincyjonalnych na rok 1884 wykazują sumę rzeczywistych wydatków 232,810 złr., a po dodaniu pozycyi przenośnych, które wynoszą 10,807 złr. okaże się ogólny rozchód w kwocie 243,618 złr. Dochody obliczone na sumę 262,461 złr. każą się spodziewać nadwyżki w kwocie 18,843 złr.

Wobec pojawienia się cholery we Francyi wydaliśmy okól-

nik do zarządów wszystkich naszych szpitali powszechnych pouczający, jak należy postępować w razie zawleczenia téj zarazy do kraju.

Podhajce. W miesiącu sierpniu panował w powiecie podhajeckim w 6 miejscowościach krztusiec, w niektórych (w Białokiernicy) z przebiegiem bardzo złośliwym, na 34 chorych umarło 12; — w jednéj miejscowości z czerwonki na 22 chorych umarło do tygodnia 2. — Z chorób stadnych panował w sierpniu w wielu miejscowościach wąglik (postać bardzo ostra) i to głównie wąglik bydła rogat. i koni; — w jednéj miejscowości zaś (Sokołów) wąglik bydła i owiec. W samém mieście Podhajcach były w upłynionym tygodniu 3 przypadki błonicy z przebiegiem śmiertelnym. *Dr. Dzikowski.*

* **Cholera** szerzy się coraz bardziéj we Włoszech, więcéj w południowych, aniżeli w północnych: głównem jéj gniazdem jest obecnie Neapol. Również dostała się i do Hiszpanii, a przedewszystkiém do miasta portowego Alicante. Jeżeli powolne przeniesienie się zarazy wzdłuż wybrzeży morza śródziemnego i toskańskiego dało się jeszcze wytłumaczyć na podstawie teoryi Pettenkofera, to wybuchnięcie jéj w Alicancie z pominięciem Barcelony i Walencyi okazuje przeniesienie drogą morską, na które stan wody zaskórnéj przecież żadnego wpływu mieć nie mógł.

Ω. Towarzystwo ubezpieczeń na życie w Lipsku wydało statystyczne zestawienie śmiertelności epidemii cholery w naszém stuleciu. Cyfry te mogą bardzo wpłynąć na uspokojenie bojaźliwych i patrzących na zbliżającą się epidemiją dużemi oczami strachu. Według dat urzędowych umarło w czasie epidemii w królestwie Pruskiém na 10 tysięcy mieszkańców:

W r. 1831:	na cholerę	25	na inne choroby	317
w r. 1848:	„	16	„	306
w r. 1849:	„	28	„	261
w r. 1852:	„	24	„	290
w r. 1855:	„	18	„	288
w r. 1866:	„	64	„	273

Średnio więc umierało z cholery 17,5 na 10 tysięcy mieszkańców, — co wynosi zaledwo pół procent ludności, a piątą część ogólnéj rocznéj śmiertelności.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 24—30 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 25,2. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach płonicy, 2 krztuśca, 1 duru osutkowego, 3 czerwonki. W tygodniu od 17—23 sierpnia umarło w Londynie z ospy 21, leczyło się w szpitalach 615, świeżo zapadło 58. W Genewie, Liwerpolu, Stokholmie umarło po 1, w Madrycie, Nowym Orleanie i Brukseli po 2, w Pradze, Paryżu, Rzymie i Lizbonie po 3, w Kalkucie 7, w Madrasie 12. Z duru osutkowego umarło w Granadzie i Palmie po 1. Z cholery umarło w Kalkucie od 7—13 czerwca 17.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 17—23 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 22,1; w Warszawie 39,7; w Poznaniu 33,9; w Wiedniu 21,3; w Pradze 28,6; w Berlinie 34 8; w Hamburgu 26,0; w Gdańsku 28 5; w Mnichowie 36,8; w Dreźnie 28,0; w Lipsku 28,4; w Genewie 27,3; w Brukseli 24,8; w Amsterdamie 27,3; w Hadze 32,8; w Paryżu 25,4; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 26.1; w Stokholmie 17,2; w Chrystyjanii 23,9; w Petersburgu 27,0, w Odesie 53,8; w Rzymie 23,9; w Wenecyi 22,3; w Bukareszcie 26,0; w Madrycie 35,6; w Lizbonie 24,0; w Aleksandryi 44,1; w Nowym Jorku 34,4; w Filadelfii 25,5; w Madrasie 31,4. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 24—30 sierpnia umarło osób 58, co odpowiada na rok i 1,000 m. 26,1. W tym czasie umarły z ospy 2 osoby z błonicy 2, z duru brzusznego 2, z gorączki połogowéj 1.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 września. Redaktor Przeglądu Lek. powrócił z wakacyj i objął swoje czynności. Wszelkie korespondencyje redakcyjne zechcą więc pp. koledzy odtąd adresować do niego.

* Otrzymaliśmy Kalendarz lekarski na r. 1885, ułożony przez Dra Stellę-Sawickiego, inspektora szpitali galicyjskich (Lwów, nakładem Gubrynowicza i Schmidta, 1885). W roczniku tym z kolei 3cim szan. wydawca, stósując się do objawionych życzeń, dodał spis, sposób działania i zastósowania oraz cenę różnych środków lekarskich. Rocznik niniejszy zatém posiada w wyższym jeszcze stopniu zalety, o których już wspomnieliśmy w roku przeszłym. Jeżeli nadto uwzględnimy, że w kalendarzu tym lekarz polski znajdzie wszystko, czegokolwiek w podobnych wydawnictwach szukać przywykł, że następnie dokładny spis lekarzy w Galicyi praktykujących dla każdego lekarza polskiego jest nader pożądanym, a wreszcie, że kalendarz ukazał się na czasie, bo równocześnie, jeżeli nie wcześniéj, aniżeli kalendarze niemieckie, — spodziewać się należy, że książeczka ta uczyni zbytecznemi dla kraju naszego wydawnictwa podobne niemieckie, naszych stósunków albo wcale nie uwzględniające lub mylne podające szczegóły. Polecając więc sumiennie szan. kolegom to wydawnictwo krajowe zwracamy ich uwagę nadto na okoliczność, że szanowny wydawca nie powoduje się bynajmniéj chęcią zysku, pragnąc jedynie przysłużyć się kolegom krajowym; wśród stósunków naszych wydawca musi być zadowolonym, jeżeli nakład się zwróci, a pracę własną chętnie niesie w ofierze; wreszcie wiadomo nam, że szan. autor zamierza na rok przyszły znaczne poczynić jeszcze ulepszenia w kalendarzu, jeżeli lekarze krajowi poprą go w uczciwych jego zabiegach.

— Oprócz odczytów podanych w Nrze 35 Przeglądu Lek., miał na Kongresie lekarskim w Kopenhadze Dr. Hering z Warszawy odczyt: „o leczeniu chorób jam nosowych za pomocą kwasu chromowego.“ Tenże został wybrany prezesem honorowym Sekcyi laryngologicznéj. *Dr. Ponikło.*

* W Giesshüblu odbyła się d. 24 sierpnia uroczyste odsłonięcie popiersia radcy dworu Dra barona Löschnera, w uczczeniu 50-letniego jubileuszu jego doktorskiego. W obecności sędziwego a zasłużonego jubilata i licznych deputacyj przemówił p. Mattoni i odczytano liczne telegramy, pomiędzy któremi pierwsze miejsce zajęły serdeczne życzenia obojga Cesarstwa i arcyksięcia następcy tronu.

Ω. Sekcyja wykonana na zwłokach prof. Cohnheima przez Dra Habera wykazała obustronną marskość nerek, nerkę prawą bardzo zmniejszoną, twardzielowe zwyrodnienie tętnic, przerost obu komórek sercowych bardzo wysokiego stopnia, brunatne stwardnienie obu płuc, puchlina piersiowa lewostronna, po prawéj stronie zapalenie opłucnéj, w nerce lewéj zawalinowy rozpad.

Ω Dr. E. Klein pisze w piśmie londyńskiém *Nature* o prątku przecinkowym Kocha co następuje: Czyż już istotnie dowiedzioną jest rzeczą, że prątki przecinkowe znajdują się tylko w wypróżnieniach cholerycznych? Zdaniem naszém nawet, gdyby się okazało, że on wyłącznie się u cholerycznych znajduje, to dopiero możnaby mu przypisać znaczenie patognomoniczne a nie patogenetyczne. Właśnie miałem sposobność widzieć owe prątki przecinkowe w preparatach drobnowidowych sporządzonych przez Kocha z wypróżnień ryżowych i z chowu gelatynowego. Przekonałem się więc istotnie o ich istnieniu. Posiadam jednak preparaty z wypróżnień cholerycznych na biegunkę mocną zwykłą, która w r. 1883 panowała w Cornwall. W preparatach tych widzieć można także oprócz kulistych i laseczkowatych bakteryj i prątki zupełnie odpowiadające prątkom przecinkowym Kocha. Ponieważ jednak nie hodowałem ich, nie mogę nic o nich bliżéj powiedzieć. „Przy téj sposobności zwrócić się muszę jeszcze do jednego punktu. Zdaniem Cohna, przez ogół botaników i patologów przyjętego, bakteryja laseczkowa zakrzywiona nie nazywa się *Bacillus* lecz *Vibrio*. Nie jest mi więc znana przyczyna, dla któréj Koch, trzymając się wszędzie nomenklatury Cohna, tutaj od niéj odstąpił, i nie mówi o *Vibrio rugula* (sp. Cohn) lecz *Bacillus rugula*“.

* Nie dawno temu umarła w Szwajcaryi Maryja Jeanneret, trucicielka, która, pomimo że jéj dowiedziono kilku morderstw, nie została ukaraną śmiercią, ponieważ zachodziły pewne wątpliwości co do stanu jéj umysłowego. W toksykologii sądowéj nazwisko jéj zachowało się, albowiem ona była pierwszą, która na większe rozmiary szafowała atropinem, który wyłudziła od lekarzy pod pozorem cierpienia ocznego, tak jak przed kilku laty pani Simmère w Döblingu, podając, że dziecko jéj cierpi

jadaczkę, również otrzymała tyle atropinu, że kilku ludzi mogła życia pozbawić.

Ruch kąpielowy. Do d. 28 sierpnia bawiło gości kąpielowych w Cieplicach czeskich osób 7370, w Szczawnicy do d. 31 sierpnia 2,880, w Rożnowie do d. 3 września 1403.

* **Wiedeń.** Na pamiątkę jubileuszu założenia przez cesarza Józefa II szpitala powszechnego ustawiono na drugim podworcu tego zakładu pomnik śpiżowy Cesarza.—Ze śmiercią prymaryjusza Dra Koliski istnienie dalsze kliniki dla chorób piersiowych, połączonéj z jego oddziałem, zostało zakwestyjonowane. Klinika ta pierwotnie urządzoną została dla prof. Skody, a obecnie może przeistoczoną zostanie w klinikę propaideutyczną. — Prymaryjusz Dr. Heim mianowany został lekarzem naczelnym akademii terezyjańskiéj.

* **Berlin.** Dr. Struck zrzekł się nareszcie przewodnictwa w ces. Urzędzie zdrowia. Tymczasowo zastępować go będzie Dr. Koch. — W Zakładzie fizyjologicznym zapisaną jest jako uczennica pani Bollowa, wdowa po prof. fizyjologii w Rzymie, znanym głównie z odkrycia szkarłatu siatkówkowego, Bollu, a córka klinicysty Traubego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wrocław.** Prof. Ponfick mianowany został radzcą lekarskim i członkiem kolegijum lekarskiego prowincyi szląskiéj. — **Wiedeń.** Docent prywatny Dr. Reuss obejmuje kierownictwo kliniki okulistycznéj osieroconéj w skutek śmierci prof. Jägera, aż do czasu mianowania następcy. — Prof. med. sądowéj E. Hofmann otrzymał szlachectwo austryjackie. — **Berlin.** Docenci prywatni Drowie Litten i Wolff otrzymali tytuł profesorów. — **Praga czeska.** Prof. anatomii opisowéj w Bernie szwajcarskiém Dr. Krzysztof Aeby mianowany został zwyczajnym prof. anatomii opisowéj w Wydziale niemieckim. — **Lipsk.** Z początkiem półrocza zimowego urządzoną zostanie szkoła dla dentystów przy wydziale lekarskim, a kierownictwo jéj otrzyma prof. Hesse.

* **Mianowanie.** Koncepista sanitarny w Zadarze Dr. Gustaw Ivanic mianowany został referentem spraw lekarskich dla Dalmacyi.

* **Nekrologija.** W Bukareszcie umarł jenerał dywizyi Dr. Davila, lekarz naczelny wojsk rumuńskich.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 36: Nenckiego: Poszukiwania nad barwnikiem krwi. Szumana: Jak można sposoby opatrywania ran przeciwgnilne zastosować najlepiéj do zwykłéj praktyki lekarskiéj i do leczenia ubogich chorych. (dok.) — W *Medycynie* Nr. 36: Biegańskiego: O porażeniach arsenowych (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. HERING (w Warszawie): De l'emploi de l'acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx. (Osobne odbicie z „Extr. de la Revue mens. de Laryngologie"), Paris 1884, in 8vo str. 18.

H. RUPPERT: Dwa przypadki przemieszczenia trzew wrodzonego. (Odbicie „z Gazety Lek.) 1884, Warszawa in 8vo str. 19.

Tenże: Przypadek zwężenia dolnéj części przełyku. (Odbicie z „Gaz. Lek.") 1884, Warszawa str. 7.

Tenże: Przypadek odmy piersiowéj lewostronnéj. (Odbicie z „Gaz. Lek.") 1884, Warszawa in 8vo str. 9.

Prof. OLSZEWSKI (w Krakowie): Température et pression critique de l'azote. (Osobne odbicie z „Comptes rendus de l'Académie des Sciences), in 4to str. 4.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.